



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA 2007-2009**

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN
EPIDEMIOLOGIA**

**Prevalencia y Características Clínico Epidemiológicas de los
pacientes Adultos diagnosticados con VIH en la Clínica periférica
Nº 1 del IHSS, Tegucigalpa, Honduras**

Enero- Diciembre 2008

PRESENTADO POR:

ENGELS ALEXIS SANDOVAL M. D.

TUTOR:

MIGUEL OROZCO M. D. MPH

Ocotal, N.S. Nicaragua 2009

Alfineda

Pi

[Signature]

ÍNDICE

Contenido	Página
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen	iii
I. Introducción.	5
II. Antecedente.	6
III. Justificación.	8
IV. Planteamiento del Problema	9
V. Objetivos.	10
VI. Marco Teórico.	11
VII. Diseño Metodológico.	20
VIII. Descripción de Resultados.....	25
IX. Análisis de Resultados.....	30
X. Conclusiones.....	35
XI. Recomendaciones.....	36
XII. Bibliografía.	37
Anexos	39

DEDICATORIA

A DIOS por haberme dado la vida, la salud y la perseverancia para cumplir todo lo que me he propuesto.

A mis padres ANGEL ANIBAL SANDOVAL, AMERICA COELLO por haber estado siempre a mi lado, por su gran amor, comprensión y su apoyo incondicional.

A toda mi familia: a la que amo y respeto, gracias por estar conmigo en el momento que los necesité.

A mis amigos por todas las alegrías y tristezas, por los triunfos y fracasos, por todo el tiempo compartido.

AGRADECIMIENTO

Al Dr.- MIGUEL OROZCO por su apoyo incondicional en la asesoría de esta Tesis que me permitirá obtener mi título de Maestría.

A todos los CATEDRATICOS que aportaron su granito de arena con sus conocimientos, estudios y experiencias vividas, las cuales me fueron de gran utilidad en mi formación profesional.

Al personal de la Clínica Periférica N 1 que me permitieron realizar mi estudio en un excelente ambiente de trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de carácter transversal en el cual se usó como universo de trabajo los pacientes que se realizaron la prueba de ELISA para VIH/SIDA y que resultaron positivos del área de influencia de la Clínica Periférica N° 1 de Tegucigalpa del Municipio del Distrito Central, en el período comprendido desde el primero de el 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2008 con el objetivo de Determinar la Prevalencia y las Características Clínico Epidemiológicas de los Pacientes Adultos Diagnosticados con VIH. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, se tomaron todos los pacientes; se recolectaron los datos a través de una encuesta aplicando la técnica de entrevista en busca de los datos necesarios. De forma general se obtuvo que los pacientes más afectados corresponden a adultos masculinos entre 31 y 40 años, en los cuales la probabilidad aumenta si son homosexuales; predominó la enfermedad en la raza Mestiza, en personas casadas o en unión libre con un nivel sociocultural bajo y la forma de transmisión fue la sexual y de ella la Heterosexual en el 85.9% de los casos. Respecto a las Enfermedades de Transmisión Sexual las más frecuentes encontradas en el estudio la Condilomatosis y el Sd. De secreción uretral; En lo referente a las manifestaciones clínicas presentadas por los investigados fueron en orden de frecuencia Disminución de Peso, Fiebre Prolongada, Debilidad, Tos Crónica, Diarrea Crónica, Infecciones Respiratorias, Candidiasis Oral, Manifestaciones Mucocutaneas, Tuberculosis Pulmonar, Herpes Zoster y Displasia Moderada/Severa de Cérvix.

Hubo un leve predominio de los pacientes enfermos seropositivos clasificados como caso VIH sobre los caso SIDA. En cuanto a la prevalencia de infección por VIH en adultos mayores de 18 años fue de 0.8% levemente por debajo de la prevalencia nacional en adultos debido a la condición de vulnerabilidad social de la población en estudio.

I. INTRODUCCION

Honduras sigue siendo el epicentro de la epidemia de VIH/SIDA en Centroamérica, ya que en este país se produce la mitad de todos los casos de SIDA de la subregión. Aunque la tasa más elevada de infección se presenta en las ciudades, en todas partes del país se pueden encontrar personas que sufren de VIH/SIDA. A finales de la década de los 90, la cifra anual de casos de SIDA conocidos se había estabilizado en 1.000 casos aproximadamente y las tendencias más recientes indican que las tasas entre los grupos de más riesgo también se han estabilizado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que se cree que el número de casos conocidos parece estar muy por debajo de la cifra real de casos de SIDA en Honduras. (1)

Después de casi dos décadas del descubrimiento del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) se ha producido un importante avance tanto en el conocimiento de sus características como en las formas de retrasar sus efectos negativos para la salud. Aunque no se ha logrado eliminar por completo su efecto no deseado de la muerte, con las nuevas terapias combinadas de anti-retrovirales ahora puede retardarse la aparición de los síntomas diagnósticos del SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), prolongando así la etapa de infección asintomática; también pueden alargar la sobrevivencia de las personas que ya padecen esta enfermedad. (2)

II. ANTECEDENTES

El primer caso de SIDA en Honduras ocurrió en 1984, en un homosexual dentista de la ciudad de El Progreso, quién reporto haber realizado varios viajes a la ciudad de San Francisco en los años previos a su enfermedad. Su diagnóstico fue hecho en 1985, cuando sus exámenes enviados a los Estados Unidos resultaron positivos por sarcoma de Kaposi y por anticuerpos contra el VIH. En ese mismo año se reportaron tres casos más, dos en homosexuales y uno en un hombre heterosexual, todos con historia de haber viajado fuera del país.

En 1992 se hizo un análisis de los primeros 100 casos de SIDA en el país. La razón hombre/mujer era de 2:1 (66 hombres y 34 mujeres). La mayoría de los afectados estaban entre los 26 y los 30 años de edad. Entre los heterosexuales se encontraron 11 TCS y 2 hombres que reportaron uso de drogas IV. Un 61% de los heterosexuales reportó haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 5 años. Un total de 18 personas eran homosexuales y 15 personas eran bisexuales. Solamente se reportó un caso de transfusión sanguínea, y dos casos pediátricos, siendo ambos productos de madres infectadas. Entre las 90 personas con domicilio conocido, 67 vivían en la Costa Norte, y 34 de ellas en San Pedro Sula.

Para junio de 1997 la población estimada del país era de 5.7 millones de habitantes. Con un 17% de la población de Centro América, Honduras reportó para esa fecha el 48% de todos los casos de SIDA en la región (6,057/12,529).

Uno de los factores importantes en el inicio de la epidemia parece ser la introducción del VIH a la población a través de múltiples y diversos canales. Los primeros casos ocurrieron en homosexuales con historia de haber viajado al exterior, particularmente a la ciudad de San Francisco. Casi simultáneamente se reportaron casos en hombres bisexuales quienes posiblemente sirvieron como puente de introducción del VIH a la población heterosexual. Además, desde los primeros años de la epidemia, también se reportaron casos entre TCS, marinos, militares, y otros grupos poblacionales con historia de múltiples parejas sexuales.

(3)

Cerca del 80% de los casos de SIDA se encuentran en la población económicamente activa. Estudios de vigilancia y de seroprevalencia realizados en el período 1990-2000 han ayudado a conocer el impacto que la epidemia de VIH provoca en diferentes grupos poblacionales. La prevalencia del virus en mujeres embarazadas en control prenatal ha fluctuado en valores cercanos a 1% en Tegucigalpa y de 3% a 4% en San Pedro Sula. En otros grupos específicos de población (trabajadoras comerciales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, y personas privadas de libertad), la prevalencia de VIH oscila entre el 8 y 10%. También se ha demostrado que los Garífunas son un grupo étnico fuertemente impactado por la epidemia, observándose prevalencias de VIH del 8% al 14%. (4,5)

III. JUSTIFICACIÓN:

El VIH/SIDA es un problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo siendo considerada como causa mayor de morbilidad y mortalidad principalmente en la población joven y económicamente activa, por lo que reviste una gran importancia clínica y sanitaria, comportándose en nuestro país de forma similar al resto del mundo por lo que representa un relevante problema de salud.

La tasa de infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH SIDA) en Honduras es la más alta de Centroamérica, con más del 60 por ciento de todos los casos de la región. La nación registra 24 mil 868 casos de personas afectadas por el VIH/SIDA entre las edades de 15 a 49 años de edad. Las vías de transmisión son pocas e involucran fluidos corporales como sangre y derivados, liquido pre seminal, semen, secreciones vaginales y leche materna.

El VIH/SIDA es un problema internacional y ya que en nuestro país la prevalencia es elevada y la presencia de esta en edades tempranas plantea un problema que amerita atención, por lo que el presente trabajo de investigación se está realizando con el propósito de sugerir medidas de intervención para mejorar las condiciones de salud y vida de la población asegurada. (6)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cual es la prevalencia y las características clínico epidemiológicas de los pacientes adultos diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS, Tegucigalpa, Honduras de Enero a Diciembre del 2008?

V. OBJETIVOS:

General: Conocer la prevalencia y las características clínico epidemiológicas de los pacientes adultos diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS, Tegucigalpa, Honduras de Enero a Diciembre del 2008

Específicos:

1. Identificar las características socio demográficas de la población en estudio.
2. Determinar el posible patrón de Transmisión de VIH/SIDA en estos pacientes.
3. Identificar los antecedentes personales de ITS de los investigados.
4. Determinar las manifestaciones clínicas de la población en estudio.
5. Clasificar la Infección por VIH
6. Estimar la Prevalencia de VIH/SIDA.

VI. MARCO CONCEPTUAL

Definición

El SIDA fue definido inicialmente de forma empírica por los centers for disease control and prevention (CDC) como la presencia de una enfermedad diagnosticada de forma fiable que indica por lo menos moderadamente un defecto subyacente de la inmunidad celular. Después de la definición del virus causante [VIH (anteriormente llamado HTLV-III/LAV)], y del desarrollo de pruebas sensibles y específicas de infección por VIH, la definición de SIDA ha sido sometida a una revisión sustancial. La definición de vigilancia actual clasifica a las personas infectadas por VIH basándose en los procesos clínicos asociados a la infección por VIH y el recuento de los linfocitos T CD4+. Desde el punto de vista práctico, el clínico debe concebir la infección por VIH como un espectro de trastornos que van desde la infección primaria, con o sin el síndrome agudo por VIH, pasando por el estado de infección asintomática hasta la enfermedad avanzada. (7)

Etiología

La causa del SIDA es la infección por los retrovirus humanos VIH-1 ó VIH-2. El VIH-1 es la causa más extendida en todo el mundo; el VIH-2 muestra una homología secuencial de alrededor del 40% con el VIH-1, y esta mas estrechamente emparentado con los virus de la inmunodeficiencia de los simios, habiendo sido identificado de forma predominante en África Occidental. No obstante, en la actualidad se ha descrito infección por VIH-2 en Europa, América del Sur, Canadá y los Estados Unidos. Estos virus se propagan por contacto sexual; por contacto con sangre, hemoderivados u otros líquidos corporales; por transmisión vertical de la madre al hijo intraparto o en el periodo perinatal; o a través de la leche materna. No existen datos de que el virus se pueda propagar por contacto casual o familiar o a través de insectos como los mosquitos. Existe un riesgo ocupacional definido, aunque pequeño, de infección personal sanitario y del personal de laboratorio que trabaja con muestras infectadas por VIH.

El riesgo de transmisión del VIH de un profesional sanitario infectado a su paciente en los procedimientos cruentos es extremadamente bajo. (8)

Epidemiología

Se estima que se han diagnosticado 866,575 casos acumulados de SIDA en los Estados Unidos al año 2003; alrededor del 57% han muerto. Sin embargo, la mortalidad por SIDA ha disminuido sustancialmente en los 10 últimos años, fundamentalmente como consecuencia del incremento del empleo de fármacos antiretroviricos potentes. Se calcula que hay entre 850,000 y 950,000 personas infectadas por VIH viviendo en Estados Unidos. En América Latina el número de personas que viven con el VIH ha aumentado a 1.8 millones [1,4 millones–2.4 millones] al año 2005. De los cuales 66,000 [52,000-86,000] personas fallecieron a causa del SIDA, y se registraron 200,000 nuevos casos de infección por el VIH. La infección por VIH/SIDA es una pandemia global, sobre todo en países en vías de desarrollo (9).

La estimación actual del número de casos de infección por VIH en todo el mundo es de 40 millones, de los cuales dos tercios se encuentran en África subsahariana; el 50% son mujeres. Básicamente a causa del gran número de habitantes que tienen países de América Latina como ser Argentina, Brasil y Colombia son los países sudamericanos que presentan las mayores epidemias en la región. No obstante, la prevalencia más alta del VIH se encuentra en los países más pequeños, Belice, Guatemala y Honduras, donde cerca del 1% o más de los adultos estaban infectados por el VIH a finales del 2003. (10)

Honduras es reconocida como el epicentro de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina, concentrándose más de la mitad de todos los casos reportados de personas viviendo y conviviendo con el VIH/SIDA en la región centroamericana. A nivel nacional se registran 24,868 personas afectadas por el VIH/SIDA de los cuales la mayoría se ubica en las edades entre 15 a 49 años de edad, de los cuales 2573 casos acuden al Instituto Hondureño de Seguridad Social. (11)

Prevalencia

Se estima una prevalencia nacional en población mayor de 15 años en 1.2%. Los datos reflejan que en el año 2000 unos 3,000 hondureños/as murieron a causa del VIH/SIDA.

En la costa norte, donde la epidemia se considera generalizada, la prevalencia de VIH fue de 0.91% (0.67-1.85); en el resto del país, donde se considera concentrada, fue de 0.59% (0.37-1.2). la media nacional alcanzo 0.68% (0.42-1.37).

Los datos reflejan que la estancia promedio de días de hospitalización de un paciente con SIDA es de 10 días, con un aproximado de tres internamientos por año. La esperanza de vida de una persona viviendo con VIH/SIDA en Honduras es de 31 años, 39 por debajo del promedio nacional.

Actualmente está en ejecución un Plan Estratégico de lucha contra el SIDA (2008-2012), elaborado y ejecutado con una amplia participación multisectorial, y en cuyo proceso, han estado presentes organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, personas que viven con VIH/SIDA, organismos de cooperación técnica y financiera, y organizaciones de la sociedad civil. (5)

Fisiopatología e Inmunopatogenia

El sello de la infección por VIH es una profunda inmunodeficiencia consecuencia de un déficit cuantitativo y cualitativo progresivo de las subpoblaciones de células T que reciben el nombre de células colaboradoras o inductoras. Este subgrupo de células T se define desde el punto de vista fenotípico por la expresión de la molécula CD4, que actúa como el receptor celular primario del VIH, en la superficie celular. Para que VIH-1 penetre de forma eficiente en las células diana, debe existir un correceptor junto a CD4. los principales correceptores para VIH-1 son CCR5 y CXCR4. Ambos receptores pertenecen a la familia de receptores de siete dominios transmembrana acoplados a proteína G. aunque las estirpes celulares de linfocitos T CD4+ y monocitos CD4+ son las principales dianas celulares del VIH, prácticamente cualquier célula que exprese CD4 junto con uno de los correceptores tiene el potencial de ser infectada por VIH. (12)

La mayoría de los pacientes experimenta una fase viremica durante la infección primaria; esta fase es importante para diseminar el virus a los órganos linfoides y otros órganos de la economía, y resulta parcialmente contenida en último término por el desarrollo de una respuesta inmunitaria específica de VIH y por el atrapamiento de los viriones en el tejido linfoide. Poco después de la infección primaria, se desarrollan respuestas humorales y celulares al VIH, estas incluyen anticuerpos con actividad fijadora y neutralizante de VIH, así como anticuerpos que participan en la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC). las respuestas de la inmunidad celular incluyen la generación de linfocitos CD4+ y CD8+ específicos de VIH, así como células NK y mononucleares que median la ADCC. Los linfocitos T CD8+ pueden suprimir también la replicación de VIH de una forma no citolítica, no restringida por el complejo principal de histocompatibilidad (MHC). Este efecto es mediado por factores solubles como las quimiocinas CC RANTES, MIP-1alfa y MIP-1 beta. (13)

Factores y Conductas Asociadas

Al Riesgo de Adquirir la Infección por el VIH

Se denominan factores de riesgo para la enfermedad por el VIH/SIDA a aquellas características del individuo o su entorno que hacen que éste sea más susceptible a la enfermedad. Los principales factores de riesgo son los asociados al comportamiento, los perinatales y los biológicos.

El grupo poblacional más vulnerable y a mayor riesgo en el país siguen siendo los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), homosexuales y bisexuales.

Están en riesgo de adquirir el VIH por la vía de transmisión sexual todas las personas con vida sexual activa. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo que hacen sospechar la infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad.

La vía de transmisión sexual es la más frecuente en el país (97 % del total de casos), Las exposiciones de riesgo para la transmisión sexual del VIH son las siguientes:

- Contacto genital desprotegido: Es decir, sin el uso del condón. En orden descendente de riesgo éstas conductas son: el contacto anal, el genital u oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para el VIH.
- Una enfermedad de transmisión sexual (ETS): De cualquier tipo. Esto se explica por la asociación de las ETS a factores de riesgo del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por VIH, y a la acción directa de las ETS, especialmente las ETS ulcerativas, al causar daño en la mucosa rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.
- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, cocaína, heroína, alcohol, entre otras): Estos disminuyan el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.

Existen otros factores de riesgo asociados a la conducta sexual de las personas que influyen en la transmisión del VIH, como son:

- La higiene pre y post-contacto genital.
- El grado de trauma asociado a la actividad sexual.
- El juego erótico post-eyaculatorio no protegido, es decir sin el uso del condón.
- El maltrato o abuso sexual, o las violaciones.
- El hacinamiento, especialmente en las cárceles.
- La falta de información y educación sexual apropiada.
- El pobre acceso a elementos preventivos, especialmente condones.
- La falta de apoyo emocional o psicológico a las personas portadoras del VIH para que eviten infectar a sus compañeros sexuales.
- Comportamiento sexual desconocido del compañero.

Los Factores asociados a la transmisión sanguínea y parenteral del VIH ocurren de manera menos frecuente y están en riesgo de adquirir por este mecanismo las personas que han tenido:

- Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, o de trasplantes de órganos que no han sido garantizados por el sello nacional de control de calidad de bancos de sangre.

- Prácticas de intercambio de agujas durante sesiones de drogadicción intravenosas, o que hayan sido sometidas a prácticas de acupuntura, tatuaje, perforación de orejas, etc. con instrumentos no estériles.
- Accidentes laborales biológicos debido a una pobre educación en bioseguridad o por la carencia de elementos preventivos, con exposición de piel no intacta o de mucosas o por punción percutánea con agujas o instrumentos contaminados con secreciones o líquidos corporales contaminantes de un paciente infectado. Este personal incluye a los profesionales de la enfermería, la medicina, la odontología, el personal auxiliar, estudiantes y personal del laboratorio, así como los trabajadores del aseo y otros servicios hospitalarios.

Otro factor de riesgo asociado para la transmisión del VIH es el perinatal:

- Hijos de madres con SIDA.
- Mujeres infectadas con ruptura prematura de membranas
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han sido tratadas adecuadamente con medicamentos antirretrovirales.
- Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante el embarazo.
- Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
- Mujeres infectadas que se les ha permitido parto vaginal.
- Mujeres infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis o cordocentesis). (14)

Diagnostico

El diagnostico de laboratorio de la infección por VIH depende de la demostración de anticuerpos anti-VIH y/o de la detección del VIH o de uno de sus componentes. La prueba de cribado estándar de la infección por VIH es la detección de anticuerpos anti-VIH empleando un inmunoanálisis enzimático (EIA). Esta prueba es muy sensible (> 99.5%) y bastante específica. La inmunotransferencia western (Western blot) es la prueba de confirmación mas empleada y detecta anticuerpos contra antígenos de VIH de pesos moleculares específicos. Los anticuerpos contra VIH comienzan a aparecer a las dos semanas de la infección y el periodo de tiempo entre la infección inicial y el desarrollo de anticuerpos detectables rara vez supera los tres meses. El antígeno p24 de VIH se puede medir empleando un análisis de captura, un análisis tipo EIA. Los niveles plasmáticos de antígeno p24 se elevan durante las primeras semanas después de la infección, antes de la aparición de anticuerpos anti-VIH. (7)

Manifestaciones Clínicas

Aproximadamente el 50 al 70% de las personas infectadas experimentan un síndrome agudo después de la primo infección. El síndrome agudo aparece 3 a 6 semanas después de la infección. Se caracteriza por fiebres, faringitis, artralgias, mialgias, linfadenopatía, erupción maculopapular, ulceración mucocutánea, náuseas, vómitos, diarrea y meningitis aseptica; dura 1 a 2 semanas y se resuelve espontáneamente cuando se desarrolla respuesta inmunitaria al VIH. A continuación la mayoría de los pacientes entran en una fase de latencia clínica, aunque de forma ocasional un paciente experimentara un deterioro inmunológico y clínico progresivo. (7)

El tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de la enfermedad varia mucho, se calcula que el promedio es de 10 años. Durante este periodo asintomático, la enfermedad suele progresar y el recuento de células T CD4+ descende. La velocidad de progresión de la enfermedad guarda correlación directa con los niveles plasmáticos de RNA de VIH, los pacientes con altos niveles de RNA de VIH progresan más rápidamente a la fase sintomática que los que muestran niveles bajos.

En cualquier momento de la evolución de la infección por VIH pueden desarrollarse síntomas de enfermedad por VIH. El espectro clínico varía a medida que declina el recuento de células T CD4+. Alrededor del 60% de las muertes de los pacientes con SIDA son el resultado directo de infecciones diferentes del VIH, y la lista esta encabezada por infecciones bacterianas. El elemento clave para el tratamiento de las complicaciones sintomáticas de la enfermedad por VIH, primarias o secundarias, es lograr un buen control de la replicación del VIH a través de la utilización de la terapia antiretroviral combinada e instaurar la profilaxis primaria y secundaria que esta indicada. Los principales síndromes clínicos que se observan en la fase sintomática son: Linfadenopatía generalizada persistente, Síntomas generales, Afección Neurológica, Infecciones Secundarias, Neoplasias secundarias y otras enfermedades. (7)

Tratamiento

La clave del tratamiento médico de la infección por VIH es la terapia antiretroviral combinada, o HAART la supresión de la replicación del VIH es un componente importante para prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH. Uno de los problemas principales del uso generalizado de las pautas de HAART ha sido un síndrome de hiperlipidemia y redistribución de la grasa que ha menudo recibe el nombre de síndrome de lipodistrofia. (15)

Los análogos de nucleosidos solamente deben emplearse combinados con otros antiretrovirales. La única excepción es la utilización de zidovudina en monoterapia para prevenir la transmisión materno-filial del VIH cuando la madre no requiere tratamiento antiretroviral basándose en el estadio de su enfermedad. (15)

Las decisiones terapéuticas deben tener en cuenta el hecho de que se trata de una infección crónica por lo tanto, puede no ser prudente el tratamiento inmediato a la infección por VIH en el momento del diagnóstico, y las decisiones terapéuticas deben sopesar riesgos y beneficios.

En la actualidad una conducta razonable es iniciar el tratamiento antiretroviral en cualquier paciente con síndrome agudo por VIH; en pacientes con enfermedad sintomática, en pacientes con enfermedad sintomática; en pacientes con infección asintomática y recuentos de CD4+ < 350/ mL o con más de 50,000 copias de RNA de VIH/mL. Además, se puede desear administrar un ciclo de tratamiento de cuatro semanas en personas no infectadas inmediatamente después de una exposición de alto riesgo con VIH. Cuando se toma la decisión de iniciar el tratamiento, el médico debe decidir que fármacos emplear en la pauta inicial. En la actualidad se emplean dos opciones de tratamiento inicial: dos análogos de nucleosidos combinados con un inhibidor de proteasa; otros análogos de nucleosidos y un inhibidor no nucleosido de la transcriptasa inversa. En la actualidad no se dispone de datos claros en los que basarse para diferenciar entre estos dos enfoques. (15)

Prevención

En la actualidad se investiga activamente en el desarrollo de una vacuna segura y eficaz contra el VIH. Están en marcha estos trabajos en animales, y han comenzado los ensayos clínicos de vacunas candidatas en seres humanos. (16)

La educación, la orientación y la modificación de conducta siguen siendo la clave de los esfuerzos de prevención del VIH. Aunque la abstinencia es una forma absoluta de prevenir la transmisión sexual, otras estrategias comprenden las prácticas de sexo seguro como el empleo de condones. Es crucial que los adictos a drogas eviten compartir jeringas. (17)

Si es posible las madres VIH positivas deben evitar la lactancia natural, puesto que el virus se puede transmitir a los lactantes por esta vía. (18)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Descripción del área geográfica:

El estudio se realizó en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS ubicada en el Barrio abajo de Tegucigalpa, municipio del Distrito Central, Departamento de Francisco Morazán, Honduras.

Tipo de Estudio:

Fue de corte Descriptivo, Transversal.

Tipo de Muestreo:

No probabilístico, por conveniencia, se tomaron todos los pacientes.

Universo/ Muestra:

Constituido por 9,739 pacientes adultos que llegaron a la Clínica Periférica N° 1 A realizarse la prueba de VIH/sida, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del año 2008. Por lo que el universo fue nuestra muestra.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Fuente de Información:

Nuestra fuente fue primaria, se trato directamente con los usuarios de la Clínica y/o los familiares del mismo.

Técnica:

A todo paciente que llegó a la Clínica Periférica a realizarse la prueba del VIH/sida por primera vez refiriendo haber tenido exposición al riesgo sexual, biológico o parenteral se le realizó una entrevista, en busca de los datos necesarios, como ser sus datos generales, antecedentes personales de ITS y sus manifestaciones clínicas, definiendo las características epidemiológicas, identificando su posible patrón de transmisión. Los datos fueron recolectados de Enero a Diciembre del 2008.

Instrumento:

Los datos fueron recolectados mediante un formulario con preguntas abiertas y cerradas.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión: Todos los Pacientes adultos masculinos y femeninos mayor de 18 años que llegaron a la clínica a realizarse la prueba del VIH/sida por primera vez refiriendo haber tenido exposición al riesgo sexual, biológico o parenteral.

Exclusión:

1. Que el paciente no quiera participar en el estudio
2. Paciente menor de 18 años

Procedimientos para la recolección de la información:**Proceso.-**

A todo paciente que llegó a la Clínica Periférica se le interrogó al momento de su ingreso.

Autorización.-

A cada persona participante se le explicó el propósito del estudio y se le solicitó su consentimiento para participar en el mismo. Además se le Aseguró la confidencialidad de la información la cual solo podrá ser manejada por el investigador.

Tabulación y Plan de Análisis:

La presentación se hace en cuadros o gráficos debidamente rotulados, se Conoció la Prevalencia, caracterizando la población e identificando los antecedentes personales de ITS, además se describió la relación que existe entre el VIH con las variables edad, sexo, raza, ocupación, estado civil, escolaridad estableciendo su posible patrón de transmisión asociados al VIH/SIDA como ser el comportamiento, biológicos y perinatal.

Los resultados se analizaron en una tabla con la que se obtienen medidas de frecuencia como ser la Prevalencia, análisis estadísticos de tipo descriptiva, medidas de tendencia central e intervalo de confianza.

Los datos se tabularon por computadora mediante el programa Epi-info 3.4.1.

Variables y su Operacionalizacion:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	VALORES	ESCALA
VIHS/SIDA.-	Paciente que asiste a la clínica periférica numero uno a realizarse la prueba de VIH.	Pacientes Adultos	-Positivo -Negativo	Nominal
Edad.-	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el momento de referencia.	Años Cumplidos	1, 2, 3, 4, 5,....	Continua
Sexo.-	Conjunto de rasgos que distinguen al hombre y a la mujer como ser sus caracteres sexuales primarias (testículos u ovarios, aparato genital) y secundarios (vello, tono de voz, mamas).	Características Biológicas	- Masculino - Femenino	Nominal
Escolaridad.-	Ultimo grado en años cursado en el sistema de educación formal.	Años de estudio	- Primaria - Secundaria - Educación Superior - Ninguna	Ordinal
Ocupación.-	Es el tipo de labor o trabajo que una persona realiza al momento de referencia.	Tipos de trabajo	-Desempleado -Estudiante -Profesional Técnico -Comerciante -Agricultor/ganadero -Artesano -Obrero -Trabajadoras comercial del sexo - Ama de Casa	Nominal
Estado Civil.-	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia.	Situación Jurídica	- Soltero(a) -Casado(a) -Unión libre -Divorciado(a) -Viudo	Nominal
Procedencia.	Lugar que reside actualmente la persona al momento de la entrevista.	Colonias y Barrios de Tegucigalpa	Área urbana Área rural	Nominal

Patrón de Transmisión	Es toda aquella vía por la cual se transfirió el virus de VIH	Comportamiento Sexual	Comportamiento Sexual: heterosexual, bisexual, homosexual	Nominal
		Transfusión Sanguínea	Transfusión Sanguínea: administración de sangre o derivados sanguíneos	
		Drogas	Drogas: referencia de ingestión de alguna sustancia o fármaco.	
		Perinatal	Perinatal: hijos de madre con SIDA.	
Antecedentes de ITS	Son Todas aquellas infecciones que tuvo o tiene el individuo al momento del interrogatorio.	Si tuvo	Si: Sífilis, Herpes, Condilomatosis, Gonorrea, Sd. Bubón Inguinal, Sd. Secreción uretral, Sd. Flujo Vaginal, Sd. Ulcera Genital, Sd. Dolor abdominal Bajo	Nominal
		No tuvo	No tuvo.	Nominal
Manifestaciones clínicas o Enfermedades	Todo hallazgo referido por el paciente u otro informante, o que se observa al examen físico.	Síntomas: Hallazgo referido por el paciente.	Síntomas: pérdida de peso, tos crónica, dolor abdominal, debilidad crónica, diarrea crónica.	
		Signos: Hallazgo encontrado por el médico al examen físico.	Signos: pérdida de peso, muguet, pápulas, vesículas, leucoplasia oral, petequias, Linfadenopatía.	
		Enfermedad:	Enfermedades: Herpes Zoster, Candidiasis Oral, TB Pulmonar, TB Extra pulmonar, Displasia Moderada/severa, CA insitu de Cérvix, Toxoplasmosis, Criptococosis Extra pulmonar, Trastornos Neurológicos	

Clasificar la Infección VIH	Se refiere al estadio de la infección por VIH	Caso VIH	Caso VIH: infección por VIH y ausencia de cualquier síntoma, signo o enfermedad	Nominal
		Caso SIDA	Caso SIDA: infección por VIH y presencia de por lo menos un síntoma, signo o enfermedad	
Prevalencia	Frecuencia de Casos de una enfermedad en un momento determinado	Casos nuevos y antiguos de VIH/SIDA	Caso Nuevo Caso Antiguo	Nominal

VIII. DESCRIPCION DE RESULTADOS

El presente capítulo resume los resultados del estudio realizado basándose en el formulario aplicado a 85 pacientes adultos de ambos sexos mayores de 18 años que acudieron a la Clínica Periférica N 1 de Tegucigalpa en todo el año 2008.

Resultados de acuerdo al componente socio demográfico

Las edades de los pacientes estudiados estuvieron comprendidas entre los 18 y 71 años, siendo la media de edad de 36.9 años, con una mediana de 36 años, moda de 23 años y una desviación estándar de 11.33. De los cuales el 31.8% (27) corresponde a menores de 30 años y el 35.2% (30) corresponde a adultos entre los 31 y 40 años, luego el rango de edad de los 41 a los 50 años corresponde un 18.8% (16) y en menor porcentaje el rango de edad de 50 años en adelante con un 14.2% (12). (Ver Tabla N° 1 en anexo)

El 100% de la muestra procedía de los diferentes barrios y colonias del municipio del Distrito Central, en donde el 84.8% (72) procedían del área urbana y el 15.2% (13) de área urbano/Marginal.

La etnia fue mestiza en el 100% casos (85)

En la distribución por sexo encontramos que el 61.2% (52) corresponde al sexo masculino y el 38.8% (33) al sexo femenino. (Ver Tabla N° 2 en anexo)

De acuerdo a la variable estado civil la población estudiada se distribuye de la siguiente manera el 30.6% (26) están solteros, el 8.2% (7) es viudo, divorciado o separado y el 61.2% (52) que fue la que mas predominó están casados o en unión libre. (Ver Tabla N° 3 en anexo)

Referente al nivel de escolaridad el 14.1% (12) cursaron solamente la primaria incompleta, el 36.5% (31) cursaron la primaria completa, el 16.5% (14) poseen secundaria incompleta, el 22.4% (19) completaron su secundaria, el 4.7% (4) llegaron a la universidad pero no terminaron sus estudios, solo el 3.5% (3) culminaron sus estudios universitarios, y el 1.2% (1) es técnico e igual porcentaje 1.2% (1) es analfabeta. (Ver Tabla N° 4 en anexo)

Con respecto a la ocupación actual la que mas predominó fue trabajador de servicio y empleados de oficina con un 41.3% (35), seguido por comerciantes con un 23.5% (20) y los obreros, artesanos, y jornaleros con un 18.8% (16), en lo que respecta a los profesionales y técnicos con un 15.2% (13), y solamente el 1.2% (1) pertenece a la economía informal. (Ver Tabla N° 5 en anexo)

Resultados de acuerdo al posible patrón de Transmisión de VIH/SIDA

En relación al patrón de comportamiento del 100% de la muestra solo el 29.4% (25) ha tenido más de una pareja sexual en el último año, siendo lo más frecuente tener dos parejas ya sea del mismo o de otro sexo con un 18% (15), seguido por el que tiene tres parejas sexuales con un 9.6% (8) y solamente el 1.8% (2) tienen 4 parejas sexuales.

Ya en lo referente al tipo de parejas sexuales tenemos que el 88.2% (75) tienen pareja sexual de otro sexo y el 11.8% (10) tienen pareja del mismo sexo.

Es decir que el patrón de Transmisión en la población estudiada el 85.9% (73) es Heterosexual, seguido por el 10.6% (9) es Homosexual, y en menor proporción la transfusión sanguínea con un 1.2% (1) y las Drogas I.V. con un 1.2% (1).
(Ver Tabla N° 6 en anexo)

Resultados de acuerdo a los antecedentes personales de ITS

Del total de la muestra El 12.9% (11) de los investigados tuvieron en el último año una ITS y el 87.1% no tuvo. Y solo un 10.6% (9) tiene actualmente una ITS y el 89.4% no presenta ningún tipo de ITS. (Ver Tabla N° 7 y 8 en anexo)

La ITS de los pacientes que la tuvieron en el último año (12.9%) fueron Condilomatosis 4.6% (4), Secreción Uretral 3.5% (3), Flujo Vaginal 2.4% (2), Gonorrea 1.2% (1) y Herpes 1.2% (1). (Ver Tabla N° 9 en anexo)

Las ITS que presentan actualmente en orden de frecuencia los pacientes estudiados (10.6%) fueron Secreción uretral 3.4%(3), Condilomatosis 2.4% (2), Gonorrea 2.4% (2), Flujo Vaginal 1.2% (1) y Herpes 1.2% (1).

(Ver Tabla N° 10 en anexo)

Resultados de acuerdo a las manifestaciones clínicas

Los síntomas, signos y/o enfermedades que presentaron los pacientes en estudio fueron los siguientes: Disminución de Peso un 42.3% (36), Fiebre Prolongada 35.3% (30), Debilidad Crónica 34.2% (29), Tos Crónica 30.6%(26), Diarrea Crónica 22.4% (19), Infecciones Respiratorias 22.4% (19), Candidiasis Oral 14.1% (12), Manifestaciones Mucocutaneas 11.8% (10), Tuberculosis Pulmonar 2.4% (2), Herpes Zoster 1.2% (1), Displasia Moderada/Severa de Cérvix 1.2% (1).

(Ver Tabla N° 11 en anexo)

Resultados de acuerdo a la clasificación de la infección por VIH

En este componente se clasificó el estadio de la infección por VIH de acuerdo a la ausencia o presencia de síntomas, signos y/o enfermedad e ITS.

Del 100% (85) de los casos positivos de VIH el 50.6% (43) son caso VIH ya que dichos pacientes no presentaron una ITS o algún síntoma, signo o enfermedad y el 49.4% (42) son caso SIDA ya que presentaron manifestaciones clínicas o ITS.

(Ver Tabla N° 12 en anexo)

De los casos SIDA 49.4% (42), el 8.2% (7) son menores de 30 años, el 18.8% (16) se encuentran en la edad comprendida entre los 31 y 40 años siendo la edad predominante, el 13% (11) están entre los 41 y 50 años de edad y los mayores de 51 años y mas son el 9.4% (8).

Referente al sexo de dichos casos SIDA el predominio es del sexo masculino con un 35.3% (30) y el sexo femenino con un 14.1% (12).

En lo que respecta al estado civil de los caso SIDA la mayoría se encontraba en el grupo de casado/unión libre con un 28.2% (24), seguido por los solteros con un 17.6% (15) y por último el grupo de viudo, separado o divorciado con un 3.6% (3).

La escolaridad de este grupo de caso SIDA se encontraba en un 24% (21) con la primaria completa que es el 50% de los casos SIDA, seguido por la secundaria Incompleta con un 10.5% (9). El resto se encuentra entre la secundaria completa y la universidad.

La ocupación más frecuente en los casos SIDA fue la del grupo de trabajadores de servicio, empleados de oficina y trabajadores de transporte con un 16.4% (14) del 100% de la muestra y representa un 33.3% de dichos casos que coincide con la frecuencia de ocupación en general de toda la población al igual que el resto de ocupación.

Respecto al patrón de comportamiento en los casos SIDA el 41.2% (35) son heterosexuales, que representa el 83.3% de dichos casos. El 5.8% son homosexuales, el 1.2% (1) fue por transfusión y el 1.2% (1) se debe a drogas I.V.

De los casos SIDA 3 (7.1%) tuvieron ITS en el último año y 4 (9.5%) tienen actualmente una ITS. Siendo los mismos síndromes ya descritos en los Antecedentes por ITS.

Respecto a las manifestaciones clínicas que presente este grupo de casos SIDA son las siguientes: Disminución de Peso un 85.7% (36), Fiebre Prolongada 71.4% (30), Debilidad Crónica 69% (29), Tos Crónica 61.9%(26), Diarrea Crónica 45.2% (19), Infecciones Respiratorias 45.2% (19), Candidiasis Oral 28.6% (12), Manifestaciones Mucocutaneas 23.8% (10), Tuberculosis Pulmonar 4.8% (2), Herpes Zoster 2.4% (1), Displasia Moderada/Severa de Cérvix 2.4% (1).

Resultados de acuerdo a la estimación de la prevalencia de VIH.

Para la estimación de la prevalencia se utilizó como numerador los 85 casos positivos por VIH de los cuales 39 ya se habían realizado la prueba antes saliéndole positivo, por lo que se tomaron todos ya que algunos fueron diagnosticados anteriormente en otro centro. Para el denominador se empleo una población con algún tipo de riesgo biológico, sexual o parenteral de 9,739 personas a las cuales se les realizó la prueba de ELISA para VIH del área de influencia de dicha unidad de salud en todo el año 2008. Por lo que nuestro resultado fue de 0.8% la prevalencia de pacientes adultos diagnosticados con VIH para el año 2008 en la Clínica Periférica Número uno.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

El impacto mundial que ha tenido la epidemia del VIH/SIDA y su repercusión en las personas adultas mayores de 15 años ha sido uno de los factores que le ha abierto las puertas a los estudios acerca de la prevalencia y características clínico epidemiológicas de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, porque además ha quedado demostrado que el arma fundamental para controlar la pandemia es la prevención y dentro de esta última, la información juega un papel fundamental.

El hecho de que, para el 2008 de acuerdo a datos proporcionados por el Departamento de ITS/VIH/SIDA/TB de Honduras hay 19,026 casos de SIDA confirmados, portadores asintomáticos 6,492 para un total de 25,518. Siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre los 20 y 39 años, justifica la identificación de la Prevalencia de esta enfermedad en los adultos mayores de 18 años que necesitada de una orientación adecuada para prevenir el contagio con infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Con respecto a los hallazgos del presente estudio tenemos que en cuanto al componente socio demográfico muestra que el sexo más afectado es el masculino con 52 pacientes (61.2%), lo cual coincide con numerosos trabajos como los antes citados en los cuales se plantea que el sexo masculino es el más afectado. Esto pudiera explicarse por varias razones, entre ellas el mayor número de parejas sexuales que tienen los hombres en relación con las mujeres. Sin embargo se puede plantear que en algunos estudios se ha notado que las mujeres se están equiparando con respecto a los hombres a nivel mundial y según la Comisión Nacional de SIDA en Honduras la razón hombre: mujer para nuevos casos de SIDA es de 1.1:1.0. (1,11).

A sí mismo se puede observar que el grupo etareo más afectado fue el grupo de 31 a 40 años con 30 pacientes (35.2%), seguido de los grupos menores de 30 años con 27 pacientes (31.8%). Si se unen estos dos grupos etareos se puede concluir que 57 pacientes (67%) corresponden con los grupos de mayor actividad

sexual. Este aspecto coincide con numerosos estudios realizados (6, 7, 10, 11) en donde las edades más afectadas se corresponden con la de nuestro estudio.

Respecto a la distribución de pacientes según estado civil se pudo observar que los casados o en unión libre son el estado civil más frecuentemente encontrado en el universo del estudio con un total de 52 casos (61.2%) dato que contrasta con otros estudios en los cuales el grupo más afectado es el de los solteros (2, 4).

Referente a la distribución según el nivel de escolaridad, en ella encontramos como dato característico que la categoría menos afectada fue la universitaria lo cual puede explicarse por el mayor nivel intelectual y la correcta percepción de riesgo a que están expuestos, lo cual coincide con bibliografía revisada (1, 2, 4, 6, 7, 10, 11). Otro dato que reafirma lo anteriormente dicho es que el nivel de escolaridad más afectado fue el de primaria completa con 31 pacientes (36.5%), lo cual pudiera explicarse por el posible bajo nivel cultural de estos pacientes.

Con respecto a la distribución de pacientes según ocupación podemos decir que la mayoría de los pacientes eran trabajadores de servicio y empleados de oficina por lo cual esta categoría es la más afectada del universo de pacientes.

De acuerdo al patrón de transmisión por la cual se han infectados los pacientes en nuestra Clínica, se observa que la vía sexual predomina en la mayoría de los casos con 82 pacientes (96.5%) de los cuales el 85.9% (73) son Heterosexuales y el 10.6% (9) son Homosexuales lo cual corresponde con numerosos estudios en los cuales el patrón Heterosexual ha estado presente en forma importante al igual que en Honduras (11), aunque ha sido distinto del resto de Centro América desde el inicio de la epidemia. Se encontró nada más un caso en el cual el patrón de transmisión fue por transfusión sanguínea y por drogas I.V.; El VIH en Honduras es transmitido primordialmente por la vía sexual y de ella predomina mas la heterosexual, seguido de la bisexual y la homosexual según Manuel Sierra de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaria de Salud de Honduras; contrastando esto con algunos estudios como los llevados en Estados Unidos (3)

mostraron una alta incidencia del uso de drogas intravenosa como forma de transmisión de la enfermedad. En España se señala que la vía mas frecuente de transmisión es la parenteral o sanguínea. No obstante estos trabajos, de forma general se acepta que el patrón de transmisión más frecuente es la transmisión sexual (2, 3, 6).

Desde el comienzo de la epidemia se ha apreciado una fuerte asociación entre infección por VIH y otras Enfermedades de Transmisión Sexual por lo que en el presente estudio se investigaron los antecedentes personales de ITS de los cuales solo 11 pacientes (12.9%) presentaron en el último año una ITS siendo las más frecuentes la Condilomatosis y el Sd. De secreción uretral, seguido por Flujo Vaginal, Gonorrea y Herpes; así mismo solo un 10.6% (9) presentaron actualmente una ITS al momento de solicitar la prueba de VIH presentando las mismas ITS que el grupo de pacientes anterior. Dichos resultados coinciden con varios estudios tanto Latinoamericanos como españoles en donde los diagnósticos más frecuentemente presentadas en pacientes VIH son la Condilomatosis, Sd. De secreción Uretral, Candidiasis, Sífilis, Herpes etc. Por lo que concluimos que la infección VIH y las ITS son epidemias interdependientes (3, 4, 9, 14).

En lo referente a las manifestaciones clínicas presentadas por los investigados Disminución de Peso, Fiebre Prolongada, Debilidad Crónica, Tos Crónica, Diarrea Crónica, Infecciones Respiratorias, Candidiasis Oral, Manifestaciones Mucocutaneas, Tuberculosis Pulmonar, Herpes Zoster, Displasia Moderada/Severa de Cérvix; estos resultados corresponden con los datos de estudios presentados a nivel nacional en donde refieren dichos síntomas y signos más frecuentes como ser: Pérdida de peso, fiebre crónica, diarrea crónica, tos crónica, Linfadenopatía crónica, alteraciones hematológicas, y trastornos neurológicos. (2, 3, 6).

Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron: candidiasis, tuberculosis (17.5% en su forma pulmonar, y 3.0% en la forma diseminada). El sarcoma de Kaposi, los linfomas, y la neumonía por *Pneumocystis Carinni* son infrecuentes en el país. (4, 10).

De acuerdo a la clasificación de la infección por VIH, decir que un buen sistema de clasificación clínica permitirá diferenciar las etapas de la infección por VIH y facilitará el cuidado de los pacientes con guías de seguimiento y tratamiento apropiados. Se han propuesto diferentes sistemas de clasificación, como el del CDC/OMS de 1986¹² revisado en 1997 y basado en las manifestaciones clínicas de la infección por VIH, por lo que en este componente se clasificara el estadio de la infección por VIH de acuerdo a la ausencia o presencia de síntomas, signos y/o enfermedad e ITS. Del 100% de los casos positivos 43 pacientes son caso VIH y 42 pacientes son caso SIDA y aunque las manifestaciones clínicas no constituyen buenos marcadores de progresión porque aparecen tardíamente en el curso de la infección por VIH, cuando el compromiso inmunológico ya se ha establecido y, por tanto sólo se usan para documentar el estadio de la infección, de manera que es muy importante identificar pruebas de laboratorio que tengan capacidad para predecir la progresión clínica de la infección durante el estadio asintomático y puedan usarse independientemente de la clínica como marcadores sustitutivos.

(8, 9).

Disponer de datos de los diagnósticos de VIH sitúa la magnitud de la epidemia más precisamente que los casos de SIDA como muestran los datos presentados, aunque evidentemente hay otro porcentaje 'indeterminado' de personas con infección que no han sido diagnosticadas. Según el informe estadístico de la situación de VIH/SIDA en Honduras Marzo del 2009 del total de casos el 73% (19,902) son caso SIDA y el 27% (7119) son Caso VIH.

Todos los casos SIDA coinciden con las características socio demográficos, patrón de transmisión, antecedentes de ITS y manifestaciones clínicas del resto de los investigados.

Se ha calculado la prevalencia de infección por VIH como el número de personas diagnosticadas divididas por el total de ellas analizadas. A lo largo del periodo de Enero a Diciembre del año 2008 la prevalencia de infección por VIH en adultos mayores de 18 años fue de 0.8% inferior a la encontrada en revisiones que fue de 1.2% en Honduras para el 2008 en población adulta aunque dentro del rango de prevalencia en población general ya que en la costa norte, donde se considera una prevalencia de VIH de 0.91%(Rango: 0.57% - 1.85%) En el resto del país la prevalencia obtenida fue de 0.59% (Rango: 0.37% - 1.2%). A nivel nacional la prevalencia obtenida fue de 0.68% (Rango: 0.42% - 1.37%), esto tal vez debido a las condiciones de vulnerabilidad de la población estudiada por su condición en la sociedad. Así mismo la prevalencia de infección por VIH se encuentra desigualmente distribuida en el mundo: mientras que la mayor prevalencia estimada entre adultos se registra en África Subsahariana (7.4%), Asia Occidental y el Pacífico tienen una prevalencia estimada en 0.05%; América Latina tiene 0.5% y el Caribe 1.9% de prevalencia de infección por VIH (11, 14).

X. CONCLUSIONES

- 1) El perfil socio demográfico representativo de los investigados es: en promedio de edad 36.9 años, mestizos, con predominio del sexo masculino, casados o en unión libre, con la primaria incompleta y la categoría trabajador de servicio y empleados de oficina dentro de la variable ocupación fue la más afectada.
- 2) El patrón de Transmisión de VIH/SIDA que predominó fue la Heterosexual.
- 3) Las Enfermedades de Transmisión Sexual más frecuentes encontradas en el estudio la Condilomatosis y el Sd. De secreción uretral. Por lo que concluimos que la infección VIH y las ITS son epidemias interdependientes.
- 4) En lo referente a las manifestaciones clínicas presentadas por los investigados presentaron en orden de frecuencia las siguientes: Disminución de Peso, Fiebre Prolongada, Debilidad, Tos Crónica, Diarrea Crónica, Infecciones Respiratorias, Candidiasis Oral, Manifestaciones Mucocutáneas, Tuberculosis Pulmonar, Herpes Zoster, Displasia Moderada/Severa de Cérvix.
- 5) Se encontraron 85 casos positivos, de ellos 43 son caso VIH y 42 son caso SIDA y aunque las manifestaciones clínicas no constituyen buenos marcadores de progresión porque aparecen tardíamente en el curso de la infección por VIH, cuando el compromiso inmunológico ya se ha establecido y, por tanto sólo se usan para documentar el estadio de la infección.
- 6) La prevalencia de infección por VIH en adultos mayores de 18 años fue de 0.8% de la población en estudio.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas al IHSS

1. Incidir en la política Institucional del IHSS para mejorar el diagnóstico epidemiológico de la situación del VIH/SIDA, para tener una idea sobre la magnitud en el área de influencia de cada unidad de salud.
2. Establecer por norma que a todos los pacientes con ITS se les ofrezca la prueba de VIH ya que en este grupo la prevalencia de VIH es mayor que en la población general y se pueden identificar un número de pacientes VIH positivos que necesiten tratamiento y consejería para cambio de conducta.
3. Brindar un mejor acceso a servicios de promoción y prevención de la transmisión del VIH para tratar de evitar el surgimiento de nuevos casos de VIH.

Dirigidas a la Clínica Periférica N° 1

1. Fortalecer las Unidades de Manejo Integral de las ITS/VIH de la Clínica Periférica N° 1 como una estrategia de prevención de la transmisión del VIH. La co-infección de ITS y VIH en grupos con alta tasa de intercambio de parejas puede estar jugando un papel importante en la dinámica de transmisión del VIH en Honduras.
2. Aumentar el conocimiento adecuado en materia de prevención de VIH en el área de influencia de la Clínica Periférica del IHSS de Tegucigalpa.
3. Aumentar en la población meta el acceso y utilización de los servicios de prueba de VIH con consejería, calidad y calidez de la Clínica Periférica del IHSS de Tegucigalpa.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. ONUSIDA Prevención Integral de VIH. Informe sobre la Epidemia de SIDA. Ginebra 2006.
2. Joint United Nations. Program on HIV/AIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2006.
3. Crepaz M. Analysis of high risk sexual behaviors in person aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications HIV prevention programs J. AIDS. 2005, 39(4) 446-56.
4. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2003, Ginebra; ONUSIDA, 2003.
5. Estrada JH. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA, acta bioética 2006; 12(1): 91-100.
6. Organización Panamericana de la Salud. La situación del SIDA en las Américas. Bol. Epidemiol. 1988; 9(4): 1-11.
7. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson. Harrison principios de Medicina Interna, 16 edición.
8. Cao Y et al: Virologic and immunologic characterization of long-term survivors of human immunodeficiency virus type-1 infection. N Engl J Med 332:201, 1995 [PMID: 7808485]
9. Fauci AS: The AIDS epidemic—considerations for the 21st century. N Engl J Med 341:1046, 1999[PMID: 10502595]
10. ONUSIDA/OMS (2006). Situación de la epidemia de sida: Diciembre 2006. ONUSIDA, Ginebra 2006. ONUSIDA/06.29S
11. Secretaría de salud de honduras et al. (2007^a). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables. Agosto. Tegucigalpa.
12. Dragic T et al: HIV-1 entry into CD4+ cells is mediated by the chemokine receptor CC-CKR-5. Nature 381:667, 1996 [PMID: 8649512]

13. Douek D: et al: HIV preferentially infects HIV-specific CD4+ T cells. *Nature* 417:95, 2002 [PMID:11986671]
14. Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in south America. *Journal of Acquired immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.
15. Centers for Disease Control and Prevention: Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV- infected adults and adolescents. *MMWR* 47(RR-5):43, 1998 (See updates at <http://www.hivatis.org>)
16. Baltimore D, Heilman C: HIV vaccines: Prospects and challenges. *Sci Am* 279:98, 1998 [PMID:9648305]
17. Centers for Disease Control and Prevention: CDC's HIV Prevention Strategic Plan through 2005. Atlanta: 2001. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/prev-strat-plan.pdf>
18. Centers for Disease Control and Prevention: Public Health Service Task Force recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR* 47(RR-2):1, 1998 (See updates at <http://www.hivatis.org>)

ANEXOS:

ANEXO N° 1
INSTRUMENTO

Secretaria de Salud, Departamento ITS/VIH/SIDA, Honduras
Ficha de Vigilancia de la Infección del Virus de la
Inmunodeficiencia Humana

Fecha de llenado: _____ Numero de expediente: _____

Establecimiento informante _____

Región Informante: _____

Datos Generales del paciente

Nombre: _____

N° de Identidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Dirección Permanente: _____

Tiene Hijos menores de 5 años: si () no ()

Esta embarazada actualmente: si () no ()

Patrón de Comportamiento

Sexual:

Ha tenido mas de una pareja sexual en el ultimo año: si () no ()

N° de parejas sexuales en el último año: Otro sexo () mismo sexo ()

Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()

Antecedentes:

Transfusiones sanguíneas: si () no ()

Fecha de Transfusión: _____

Droga I.V. si () no ()

Perinatal: si () no ()

Otro: _____

ITS Y/O Síndromes de ITS

Tuvo en el ultimo año una ITS: si () no ()

Tiene actualmente una ITS: si () no ()

Cuales ITS: Sífilis () Herpes: () Condilomatosis () Gonorrea ()

Bubón Inguinal () Secreción Uretral () Flujo Vaginal ()

Úlcera Genital () Dolor Abdominal Bajo ()

Síntomas y Signos y/o Enfermedades

Disminución de peso si () no ()

Tos Crónica si () no ()

Debilidad Crónica si () no ()

Diarrea Crónica si () no ()

Fiebre Prolongada si () no ()

Infecciones respiratorias a repetición si () no ()

Linfadenopatía Cervical si () no ()

Manifestaciones mucocutáneas crónicas si () no ()

Herpes Zoster si () no ()

Candidiasis Oral si () no ()

Tuberculosis Pulmonar si () no ()

Tuberculosis Extra pulmonar si () no ()

Histoplasmosis si () no ()

Displasia moderada a Severa, CA insitu si () no ()

Toxoplasmosis si () no ()

Criptococosis si () no ()

Trastornos neurológicos si () no ()

Otros síntomas: _____

Antecedentes de Estudio de VIH

Se ha Hecho la Prueba de VIH si () no ()

Fecha de Última Prueba: _____

Nombre del Laboratorio: _____

Cual fue el Resultado: _____

Algoritmo Diagnóstico

Nombre del Laboratorio que realizó la prueba: _____

Fecha de Resultado de Laboratorio: _____

Prueba Diagnóstico de laboratorio: _____

Clasificación de la Infección por VIH

Caso VIH : _____

Caso SIDA: _____

ANEXO N° 2

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla N° 1
Distribución por Edad de los Adultos Diagnosticados con
VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa
en el Año 2008

10. Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 - 30	27	31.8%
31 - 40	30	35.2%
41 - 50	16	18.8%
50 y mas	12	14.2%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008.

Observaciones	Total	Media	Varianza	Desviación típica
	85	3143.0000	36.9765	128.4042
				11.3316
Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo
18.0000	28.0000	36.0000	45.0000	71.0000
				23.0000

Tabla N° 2
Distribución por Sexo de los Adultos Diagnosticados con
VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa
en el Año 2008

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
H	52	61.2%
M	33	38.8%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 3
Distribución por Estado Civil de los Adultos Diagnosticados
con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de
Tegucigalpa en el Año 2008

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	26	30.6%
Viudo, separado, divorciado	7	8.2%
Casado, Unión Libre	52	61.2%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 4
Distribución por Escolaridad de los Adultos Diagnosticados
con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de
Tegucigalpa en el Año 2008

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	12	14.1%
Primaria completa	31	36.5%
Secundaria incompleta	14	16.5%
Secundaria completa	19	22.4%
Universidad incompleta	4	4.7%
Universidad completa	3	3.5%
Técnicos	1	1.2%
Analfabetas	1	1.2%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 5
Distribución por Ocupación de los Adultos Diagnosticados
con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de
Tegucigalpa en el Año 2008

Ocupación Actual	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador de servicio/Empleado de oficina	35	41.3%
Comerciantes	20	23.5%
Obrero, Artesano, Jornalero	16	18.8%
Profesionales y Técnicos	13	15.2%
Economía informal	1	1.2%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 6
Distribución Según Factor de Transmisión de los Adultos
Diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del
IHSS de Tegucigalpa en el Año 2008

Factor de transmisión	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	73	85.9%
Homosexual	9	10.6%
Transfusión Sanguínea	1	1.2%
Drogas I. V.	1	1.2%
No consignado	1	1.2%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 7
Distribución de acuerdo a los Antecedentes Personales de
ITS en el ultimo Año de los Adultos Diagnosticados con
VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa
en el Año 2008

Tuvo en el ultimo año una ITS /Síndrome de ITS	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	12.9%
No	74	87.1%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 8
Distribución de acuerdo a los Antecedentes Personales de
ITS Actualmente de los Adultos Diagnosticados con VIH en
la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa en el
Año 2008

Tiene Actualmente una ITS	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	10.6%
No	76	89.4%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 9
Distribución de acuerdo al Tipo de ITS mas común que
presento en el ultimo año de los Adultos Diagnosticados con
VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa
en el Año 2008

Tipo de ITS	Frecuencia	Porcentaje
Condilomatosis	4	4.6%
Sd. Secreción uretral	3	3.5%
Sd. Flujo Vaginal	2	2.4%
Gonorrea	1	1.2%
Herpes	1	1.2%
Total	11	12.9%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 10
Distribución de acuerdo al Tipo de ITS más común que
presenta actualmente los Adultos Diagnosticados con VIH
en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa en el
Año 2008

Tipo de ITS	Frecuencia	Porcentaje
Sd. Secreción uretral	3	3.4%
Condilomatosis	2	2.4%
Gonorrea	2	2.4%
Sd. Flujo Vaginal	1	1.2%
Herpes	1	1.2%
Total	9	10.6%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 11
Distribución de acuerdo a las Manifestaciones Clínicas mas comunes de los Adultos Diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa en el Año 2008

Síntoma, Signo y/o Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Disminución de Peso	36	42.3%
Fiebre Prolongada	30	35.3%
Debilidad Crónica	29	34.2%
Tos Crónica	26	30.6%
Diarrea Crónica	19	22.4%
Infecciones Respiratorias	19	22.4%
Candidiasis Oral	12	14.1%
Manifestaciones Mucocutaneas	10	11.8%
TB Pulmonar	2	2.4%
Herpes Zoster	1	1.2%
Displasia Moderada/Severa de cérvix	1	1.2%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008

Tabla N° 12
Distribución de acuerdo a la Clasificación de casos de los Adultos Diagnosticados con VIH en la Clínica Periférica N° 1 del IHSS de Tegucigalpa en el Año 2008

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Caso VIH	43	50.6%
Caso SIDA	42	49.4%
Total	85	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Periférica N° 1, de Enero a Diciembre 2008